

2021年 学校集検のてびき

学校集団検診は児童・生徒が元気に楽しく学校生活を送ることを目的に学校保健安全法に基づいて実施する検診です。すべての児童・生徒が確実に受診できるよう『2021年 学校集団検診のてびき』をお読み下さい。



一般社団法人 **日本健康倶楽部** 沖縄支部

〒901-2142 沖縄県沖縄市登川3169番地

HP: http://www.otc.ne.jp/~knk_oki

目 次

I.	はじめに	1
II.	Q & A.....	2, 3, 4
III.	台風時の対応について	5
IV.	ご協力とお願い	6
V.	個人情報保護（健康情報）の取り扱いについてのご説明	7
VI.	お問い合わせについて	8
VII.	検査に関して	
	1. 検査から報告までの流れ	9, 10
	2. 尿検査	11, 12
	3. 検査依頼書 見本	13, 14
	4. 蟻虫検査	15, 16
	5. 回収日以外の検体提出について	17
	6. 視力検査	18, 19
	7. 聴力検査	20, 21
	8. 心臓検査	22
VIII.	検査結果のお電話によるお問い合わせについて	23
	『至急を要する検査結果等のお問合せ』	24
	『名簿変更・修正 依頼表』	25
IX.	案内図	26
X.	資料：陽性結果通知票及び受診結果通知書の見本	
XI.	裏表紙：2021年度 検査日程表	

はじめに

4月より新学期が始まりますが、各市町村教育委員会をはじめ学校保健関係者におかれましては私たち沖縄県民の明日を担う大事な宝であります児童生徒の健康保持増進のために、ご尽力頂き誠に感謝申し上げます。

現在における沖縄県は皆さまのご承知の通り、平均寿命が男性で36位、女性で7位となっており、芳しくない状況にあります。併せて県内で働いている労働者の定期健康診断の有所見率は残念ながら8年連続全国ワースト1位になってしまいました。

本格的な少子高齢化を迎えるにあたり、県民の皆さまがいつまでも健康で活力ある沖縄を願うところですが、現実はかなり厳しいものです。健康は一朝一夕に得られるというものではなく、小児期からの健康的な生活が後の健康へ繋がっていくものであり、ゆえに子供たちの検診がとても重要であると感じます。微力ではございますが精一杯お手伝いをさせていただきます。

さて、このたび『2021年度学校集団検診のてびき』を作成いたしました。学校現場におきましては検診が円滑に遂行できるよう何卒、ご高覧賜りますようお願い申し上げます。

一般社団法人日本健康倶楽部 沖縄支部

支部長 瀬底 健

担当者 兼島一雄

Q & A

●尿検査・ぎょう虫検査について

Q 1 : 尿・ぎょう虫検査用名前シールは、いつ届きますか？

A 1 : 検体回収日の4日前（午後）にお届けします（土日祝日は除きます）。

Q 2 : 検体の回収は、何時になりますか？

A 2 : 設定されている回収日の午前中には、うかがいます。しばらくお待ちください。

Q 3 : 尿検体を日本健康倶楽部に届けたいのですが？

A 3 : 当日の12時までに2階検査室（受付）へお届けください。

Q 4 : 検体を提出した生徒の名前を教えてくださいのですが？

A 4 : 再回収日前にお届けする『未検者・再検者リスト』でご確認ください。

Q 5 : ぎょう虫セロファンは、いつまで使えますか？

A 5 : 常温で直射日光が当たらないように保管してあれば、使用できます。

Q 6 : 本回収日に提出できませんでした。ぎょう虫セロファンは、郵送してもいいですか？

A 6 : 常温であれば保管できますので、再回収日にまとめて提出してください。

Q 7 : プールが始まるので、ぎょう虫検査の結果を知りたいのですが？

A 7 : 結果を出すのに1週間程かかります。それ以前のお問い合わせにはお答えしかねます。

また、指定日外に提出された場合、結果出しに時間がかかりますので対応しかねます。

Q 8 : ぎょう虫セロファン1日分のみで提出していますが、大丈夫ですか？

A 8 : 1日分のみでの検査になります。

●心電図検査について

Q : 心電図調査表を提出していない生徒がいます。どうしたらいいですか？

A : 調査表がない場合、基本、心電図波形のみで判定します。後日、提出する必要はございません（他の検査日での提出や郵送なども必要ありません）。

●視力・聴力検査について

Q : 転入生の検査カードがありません。事前に連絡が必要ですか？

A : 当日、検査員へお申し出ください。予備の検査カードを常備しております。

●日程について

Q : 検査日程や予定開始時間を知りたいのですが？

A : 手引きの裏表紙が日程表となっておりますので、ご確認ください。

●その他

Q 1 : 名簿に訂正がある場合、どうしたらいいですか？

A 1 : “学校集団検診のてびき” 25 ページの『名簿変更・修正 依頼表』に記入し、FAX でご連絡ください。また、シール作成後や検査日の兼ね合いによりすぐに変更・訂正を行う事が出来ない場合もございます。最終報告の際までには変更・訂正は完了出来ておりますので、ご理解の程、宜しくお願い致します。

Q 2 : 再検査日は決まっていますが、『未検者・再検者リスト』がまだとどきません。いつになりますか？

A 2 : 『未検者・再検者リスト』『名前シール』ともに4日前（午後）にお届けします（土日祝日は除きます）。

Q 3 : 回収日に尿を提出できなかった生徒がいますが、どうしたらいいですか？

A 3 : 未検査または再検査の日に提出していただけるよう、お願いします。

Q 4 : 検体と袋を兄弟で入れ間違えてしまいました。どうしたらいいですか？

A 4 : 両者ともにマイナスの結果であったとしても、本人を特定できないので報告しかねます。申し訳ありませんが、ご兄弟ともに再提出をお願いします。

なお、検査済みの場合は、両者分の検査料をご請求いたしますのでご了承ください。

Q 5 : 初検査回収（尿・蟻）が終わり未検査・再検査回収の際、どのシールを使用した方がよいですか？

A 5 : 未検査および再検査対象者には、検査用シールを準備しお届けいたします。

提出の際には改めてお届け致しましたシールを使用下さい。

Q 6 : 未検者・再検者リストをもらいましたが、初検査後に提出した分の生徒が“未検者”でした。

A 6 : 決められた回収日ごとで一度受付をしめております。その後に提出したものはリスト出力のタイミングによっては『未検査』で表示されていることもありますので、学校側でも提出者の把握をお願い致します。

台風来襲による事故発生防止のための対応について

台風来襲時の対応についてご案内申し上げます。当社規定では「暴風警報」が発令された場合は、職員の事故発生・危険回避等のため業務停止の措置をとっております。

養護教諭の皆様におかれましては、当機関の台風時措置について下記要領としておりますので、ご理解・ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

当社の出勤の判断について

1. 職員は、出勤時間前に「路線バス」の運行状況を確認し、台風の影響で「路線バス」が運休している場合には自宅待機になります。
2. 中部地域（当社地域ー以下同様ー）の「路線バス」が運休している間は、自宅待機になります。ただし、中部地域の「路線バス」が運行しても、南部・北部の「路線バス」が運休している場合、その地域に居住の職員は自宅待機になります。
3. 8時から14時までに「路線バス」が運行開始となる場合は出勤になります。ただし、勤務開始時間はあらかじめ当支部長が決定し、事前に連絡をします（15時以降の路線バス運行再開時にはその日の業務は停止としております）。

学校側との調整について

1. 台風接近が見込まれる場合、影響を考慮して学校側と上記内規を踏まえたうえで検査可否についての調整を早めに行います。また台風襲来一過、検査日の再調整を行うこととされています。
2. 「路線バス」運休状態である地域の学校における業務遂行は、職員の「事故発生・危険回避等のため業務停止」とさせていただくため、別日の日程調整をさせていただきます。

ご協力とお願いについて

☆ 児童・生徒の学籍名簿提出の際のお願い

諸検査がスムーズに行われるよう、学籍名簿は決められた名簿回収日までに提出して頂きますようお願い致します。

《注意事項》

① **学年・組・番号・性別**は必ず記入もれがありませんよう、お願い致します。

② CD-Rでの名簿提出の場合、**年度**の確認を宜しくお願い致します。

③ 支援学級の生徒はなるべく親学級に含めて提出をお願い致します。

※ 学年別に検査項目が異なる為、対象となる検査のもれを防げます。

④中学校・高等学校の心電図検査について…

近年、読み方の難しい氏名が増えており、検査の際、氏名の読みあげ及び確認に支障をきたしております。中学1年生と高校1年生の名簿には、**氏名にフリガナ**をお願いします。

⑤ 名簿訂正は、『名簿変更・修正・依頼表(ページ)』に記入し、FAXでお送りください。

※途中での番号の変更は、対応出来兼ねます。最終報告の際に修正してご報告致します。

☆ 尿・蟯虫検査用シールのお届けについて

※尿・蟯虫検査用シールのお届けは、**検体回収日の4日前(土日祝日を除く)**となりますの御了承の程宜しくお願い致します。

☆ 諸検査結果の最終ご報告(検査結果集計表・検査結果記録名簿 等)は全ての学校へ紙面にてお返ししておりますが、ご希望がございましたら電子データでお返しする事も可能ですので、お申し出下さい。

※ 電子データ希望の場合、名簿回収用封筒の

にレ点の記入をお願いします。

(例) ※ 希望する

注) 電子データでのご報告をご希望される学校には、集計表等の紙面での報告を一部省略させて頂きますので、ご了承下さい。

※『検査結果のお電話によるお問合せについて』のページを参照してください。

以上、ご理解のうえご協力の程、宜しくお願い致します。

個人情報（健康情報）の取り扱いについてのご説明

(一社) 日本健康倶楽部 個人情報保護管理者 平井 幸雄
(一社) 日本健康倶楽部 沖縄支部 支部長 瀬底 健

一般社団法人日本健康倶楽部（以下、当法人といいます）では、皆様の個人情報を以下の通りに取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意の上、健診等をお受けいただきますようお願い申し上げます。

1. 皆様の個人情報の利用目的は以下のとおりです。

①適切な健診サービスの提供

- ・健康状況把握のための診察・検査の実施
- ・保健指導及び健康相談
- ・特定健診, 特定保健指導
- ・ストレスチェック
- ・予防接種

②結果のご報告

③料金のご請求

④健診の精度管理

⑤官庁への統計情報等

⑥法律や行政からの求め, 監査, 医療訴訟等で、個人情報の提出が定められている場合

※健診項目は、保険者、事業主との取り決めで、法定外の項目を追加する場合があります。この場合、法定外項目の結果も保険者、事業主にご報告する取り決めになっている場合があります。

※上記の他、当法人で健診結果を医学教育や研究に利用する場合は、合計値や統計値で報告するまたは完全匿名化する等、個人が識別できない形で利用します。尚、匿名化しても個人が特定されうる場合は、別途ご本人様に同意を得ることを当法人では規定しております。

2. 当法人では、業務の一部を外部に委託しています。委託先については、当法人が規定する個人情報管理基準を満たす事業者を選定して委託を行い、適切な取り扱いが行われるよう監督します。主な業務委託の内容は次の通りです。検査業務, 健診業務, 情報システム管理, 機器・システムの保守管理, 廃棄物処理等。

3. 皆様の個人情報は、あらかじめ皆様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、皆様から特にお申し出がない限り、健診サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、個人情報を第三者に提供する場合があります。

- ①皆様の事業主等の担当者・産業医や保健師等との連携を図り、照会があった場合にこれに応じる場合
- ②紹介先の医療機関等と連携を図り、照会があった場合はこれに応じる場合
- ③外部の専門医等に意見・助言を求める場合
- ④法令の規定による場合

4. 個人情報の取扱いについてご同意いただけない場合には、適切なサービスの提供に支障が出る場合があります。

5. 当法人の管理する個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。ただし、皆様が所属する事業主等との委託契約に基づき実施した健診等に係る個人情報は、当法人で開示できない場合があります。

ご不明な点・ご相談のある方は、事業主等のご担当者か、当法人の下記 窓口までお問い合わせください。

〈個人情報保護に関するお問い合わせ窓口〉 沖縄支部渉外課長：安慶名時広

◎ お問い合わせについて

T e l 098-939-4026
F a x 098-939-9388
教職員健診専用ダイヤル 098-939-9355

諸検査や日程および事務的なことについて、ご不明なこと、確認したいことがある場合は、下記の各担当者へお尋ねください。

- ★ 渉外担当者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【兼島 一雄】
 - * 教職員名簿（個人マスタリスト）について
 - 携帯電話 : 080-1721-4555
- ★ 健診全般について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【安里 由美・比嘉 千恵子】
 - * 諸検査の日程について
 - * 尿・蟯虫の回収日について
 - * 健診や検査など、場所の変更がある場合
 - * 検査用容器・問診票・調査票などが不足した場合
- ★ 諸検査結果の報告書に対するお問い合わせ・・・・・・・・・・ 【花城 愛・根間 美智】
 - * 幼児・児童・生徒等の検査結果又は請求書などについて
 - * 名簿の変更ご依頼について
 - * 諸検査結果の電子データによるご依頼について
- ★ 教職員等の健康診断結果及び報告書に関して・・・・ 【兼城 秀美・新里 くるみ】
 - * 健康診断結果報告書および請求書について

諸検査についてのお問い合わせは下記の各担当者へお願いします。

ただし、午前中は健診・検査を行っていますので、午後からのお問い合わせにしてくださいようご協力をお願いいたします。

- ★ 尿検査に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【佐久間 一幸】
 - * 緊急モニタリングに関することなど
- ★ 視力・聴力に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【坂元 之一郎】
 - * 検査の流れや手順などについて
- ★ 蟯虫検査に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【仲宗根 優子】
 - * 検査の流れや手順などについて
- ★ 心電図検査に関すること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 【金城 悦子】
 - * 検査の流れや手順などについて
 - * 心臓病調査票について

検査から報告までの流れ

初回検査実施

尿・蠕虫 → 各学校へスタッフが検体回収しにお伺いします。 ※午前中
 視力・聴力・心電図・胸部レントゲン → 各学校にて実施。
 (※胸部レントゲンは高等学校・特別支援学校のみ)

中間報告

*尿・蠕虫 ⇒ 初回検査終了後、約2週間前後で中間報告。
 *視力・聴力・心電図・胸部レントゲン ⇒ 初回検査後、約3週間前後にて中間報告。

※中間報告書類内容

尿

*【全員リスト】、【未検者リスト】、【陽性・再検リスト】
 *検査用シール ※未検者及び二次検尿対象者(再検査)
 *二次検尿のすすめ → ※二次検尿対象者(再検査)

蠕虫

*【全員リスト】、【未検者リスト】、【陽性・再検リスト】
 *検査用シール ※未検者のみ
 *【陽性結果通知票】

視力

*【全員リスト】、【未検者リスト】、【受診結果通知書※受診のお勧め】

聴力

*【全員リスト】、【未検者及び所見ありリスト】、【受診結果通知書※受診のお勧め】

心電図

*【全員リスト】、【未検者及び精検者リスト】、【受診結果通知書※受診のお勧め】

胸部

*【全員リスト】、【未検者及び精検者リスト】、【受診結果通知書※受診のお勧め】

尿二次検査(再検査)

→ 初回検査から約2週間後に、陽性者及び未検者の検査を実施します。
 その際には、未検者・陽性者(二次検尿対象者)の検査用シールを発行します。



- 初 初回検査用シール
- 未 未検査用シール
- 再 再検査用シール

** おねがい **

未検査・再検査での提出は、未検査→(未)、再検査→(再)のシールを使用して下さい。
 そうする事で、2本だし(異常なしにも関わらずもう一度提出)を防ぐことができます。

尿・もれ検査

・二次検査(再検査)での提出で、結果が陽性であった児童生徒の検査を実施します。その際、再検査での提出者の検査結果のリストをお届けします。もれの検査用シールは手書き対応となりますのでご協力の程、宜しくお願い致します。

※学校名、学年、組、番号、性別、氏名の記入漏れがないようにお願いします。

The diagram shows a rectangular sticker with a yellow circle containing the character '尿' (urine) on the left. To the right of the circle are fields for '検査料:' (exam fee), '氏名:' (name), and '性別:' (gender). A blue callout box with a white background and a blue border points to the sticker, containing the text '手書き対応シール' (Handwritten response sticker).

各検査のもれ検査実

初回検査で未受診の児童生徒のもれ検査を実施します。

* 最終報告 *

- ・検査結果集計記録
- ・検査結果記録名簿(B4サイズ)
- ・検査結果のお知らせ(個人結果票)
- ・(尿)陽性結果通知書
- ・緊急措置モニタリング報告書
- ・二次検尿結果報告書
- ・電子媒体CD-R ※希望校のみ

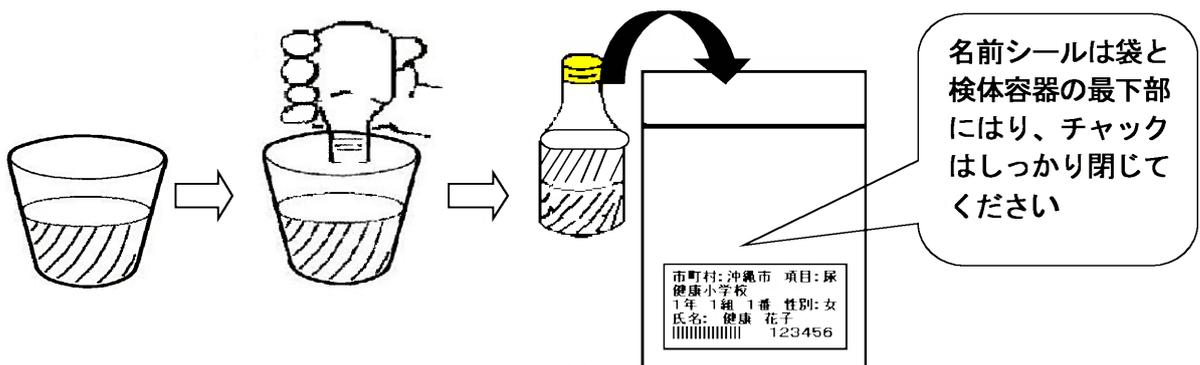
↳ 名簿回収用封筒に記入箇所あり

尿 検 査

1. 『検査依頼書』にチェックしていただきます。『検査依頼書』は、回収担当者へ検体と一緒に
お渡しください（別紙見本参照）。
2. 採尿に関する諸注意・緊急モニタリングの詳細につきましては、沖縄県教育委員会（県教
育庁保健体育課）より配布されている『学校検尿の手引』をご参照ください（幼稚園は除く）。
3. 検査受付は、尿袋で行います。
バーコード付の名前シールを尿袋の下の方にお貼りください。
尿容器のふたおよび尿袋のチャックシールは、きっちりと閉じてください。
4. 名前が読み取れない場合は検査をいたしませんので、名前シールを汚したり、貼り忘れがな
いようお願いいたします。訂正などがある場合は名前シールへ赤ペンで明記してください。
※ 名前シールの汚れがひどい場合や紛失した場合は、白紙のシールに、“学校名・学年・
組・番号・氏名”をご記入ください。
5. 回収時にチェックがスムーズに行えるよう、尿検体回収袋と糞虫検体回収袋をクラスごとに
セットしておいてください。大袋にまとめたりしないようご協力お願いいたします。
※ 午前中の回収になりますので、1校時目の休み時間に回収出来るようにご協力お願いい
たします。
6. 初検回収後の提出確認につきましては、『未検者リスト』にてご確認ください。
7. 兄弟のいる場合などは、取り違えやすいので必ず名前をご確認するようにご指導お願いいた
します（在籍校へのご提出をお願いします）。
※取り違えて提出された場合、再提出をお願いいたします。

※生理中の提出は避け、次回の回収時に提出くださるようお願いいたします。

※“名前シール”が手書きの場合、学校名も記入してください。





名前シールの貼り方

シールを貼るときは下の見本のように袋の**最下部**に貼ってください。

尿検査では、名前シールはご本人確認のための重要な情報となります。尿袋に貼られたシールを袋から切り離し尿検査台帳へ貼りかえる作業を行っています。

それは、正確で迅速な検査が行えるようにすることが目的です。是非、ご協力いただけますようよろしくお願いいたします。

見本



お願い：検査依頼書に必要事項を記入して検体と一緒に提出してください

検査依頼書

健康 幼稚園

見本

下記の通り、検査を依頼いたします

提出日 × × 年 × 月 × 日 (×)

クラス名	尿	蟯虫
ゆりぐみ 検体が1個でも「✓」点チェックをお願いします →	✓	✓
さくらぐみ	✓	✓
すみれぐみ	✓	✓
ひまわりぐみ	✓	0
● 提出がない場合は「0」と書いてください ↑		

【おねがい】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン	集配サイン
健康 花子	○ ○

↑ 記入をした方のサインをお願いします

備考

ここから下は 検査員記入欄

検体数	受付者	検体無	不明検体

検査員	結果記入者	陽性	ダブルチェック

お願い：検査依頼書に必要事項を記入して検体と一緒に提出してください

検査依頼書

見本

健康 小・中・高等 学校

下記の通り 検査を依頼します

提出日 ×× 年 × 月 × 日 (×)

組		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
1年	尿	✓	✓	✓	← 検体が1個でも「✓」点チェックをお願いします									
	糞	✓	✓	✓										
2年	尿	✓	✓	✓										
	糞	✓	✓	✓										
3年	尿	✓	✓	✓										
	糞	✓	✓	0	← 提出がない場合は「0」と書いてください									
4年	尿	✓	✓	✓										
	糞													
5年	尿	✓	✓	✓										
	糞													
6年	尿	✓	✓	✓										
	糞													

【おねがい】

- ・提出したクラスに「レ点」チェックをお願いします
- ・提出がない場合は「0」と書いて下さい

確認サイン	集配サイン
健康 花子	○ ○

↑ 記入をした方のサインをお願いします

備考

ここから下は 検査員記入欄

検体数	受付者	検体無	不明検体

検査員	結果記入者	陽性	ダブルチェック

蟯虫検査

1. 蟯虫専用のバーコード付名前シールを“袋”にお貼りください。
※ 次のページを参考にしてください。
※ 名前シールの学校名, クラス, 番号, 氏名, 性別が正しいかご確認ください。
訂正などがある場合は、名前シールへ赤ペンで訂正してください。名前シールがない場合は、必ず袋へ直接はっきりとご記入お願いいたします。“袋”を紛失した場合も学校名, クラス, 番号, 氏名, 性別がわかるようお願いいたします。
※ ご兄弟でも、同じ“袋”にセロファンを入れないようにしてください。
2. 蟯虫袋の開けくちは、密封すると検査の際検体を取り出すのに支障が出ますので、ホッチキス・セロテープなどで止めたり、折り曲げたりしないようご協力ください。
3. 1日目と2日目の採取が終わりましたら、中の透明なカバーをはがして内側の薬が塗ってある部分（青まる）を貼り合わせるように、ご指導お願いいたします。
※ 次のページを参考にしてください。
4. 回収期間終了後に出された検体は、できるだけまとめてご提出していただきますようご協力お願いいたします。
※ 常温で直射日光が当たらない状態で保管いただければ、検査に支障はございません。
5. 回収チェックがスムーズに行なえるよう、蟯虫検体回収袋と尿検体回収袋をクラスごとにセットしておいてください。大袋にまとめたりしないようご協力お願いいたします。
※ 回収は、中身が見える透明なビニール袋をご利用ください。

注意) セロファンに便が付着すると、正しい検査ができず再提出をお願いすることになります。ご指導くださるようお願いいたします。

ぎょう虫

～取り方～

ぎょう虫検査は、セロファンを一枚ずつ顕微鏡で見てぎょう虫卵の有無を調べます。透明なカバーが付いているままでは検査がスムーズに進まず大変困っています。

1日目と2日目の採取が終わりましたら、カバーをはがして(下のはがし方を参考)内側を貼り合わせてから提出するよう子供たちへのご指導をお願いします。

提出までの手順

- ① 1日目と2日目の採取が終わったらこのカバーを取り去ってください



注意：袋の開け口をホッチキスやのり、セロテープでふさがないように指導してください！

- ② 1日目、2日目の採取部分を内側にして貼り合わせる



ぎょう虫専用袋に入れて提出させる

- ③

(袋の口は折ったり、のり付け、ホッチキス等しないで下さい。)

ウスイ法

ぎょう虫検査セロファン

2回採卵式

この袋の中に入っている検査セロファンは、ボールペンまたはエンピツで記入して下さい。使い方は、ウラ面をごらん下さい。

採取月日	年	日	月	日
学校・園名	市町村：沖縄市		項目：蛭(初)	
	201 健康小学校			
ふりがな	1年	1組	1番	性別：男
氏名	けんこう たろう			
氏名	けんこう たろう		47698420	
年齢	才	性別	男・女	
	年	組	番	
検査成績()				

OSS 販売元 オー・エス・エス株式会社 沖縄部
 忠告部新館店西新館3丁目2番11号
 新館三井ビル2号館7階
 電話(098)5329-5381

名前シールはウラ面

名前を記入する

回収日以外の検体提出について

尿・蟯虫の検体提出について…

※尿・蟯虫検体は、検査処理をスムーズにするためにも出来るだけ指定回収日での提出をお願いいたします。

※回収日以外の検体提出時にも『検査依頼書』への記入をお願いいたします。

尿・蟯虫検査の『未検者リスト』『陽性・再検者リスト』が届く以前に、検体の途中提出がある場合には、学校側で提出者をチェックしていただくようお願いいたします。

その後、リストが届いた時点で途中提出者の“消しこみ”をしていただきますと「2度出し」が防げます。また、再回収にむけての準備がスムーズに行えますのでぜひお願いいたします。

養護教諭の皆さまには大変ご面倒をおかけいたしますが、上記の趣旨をご理解の上、ご協力をお願い申し上げます。

視力検査

1. 視力『検査カード』について（検査当日にお持ちします）

- 『検査カード』を配布後に、学校名・学年・組・番号・性別・氏名に間違いがないか本人で確認し、修正がある場合は“修正”枠に記入してください。
- 転入生など『検査カード』がない場合は、検査スタッフへ声掛けをお願いします。
予備カードをお渡しします。学校名・学年・組・番号・性別・氏名にもれがないように記入をお願いします。
- 転出者の『検査カード』は、検査当日にその旨を伝え、検査員にご提出ください（転出枠にチェックしてください）。

このようは「ぜったいに」おりまげたり、よごしたりしないでください。

転出枠
修正枠

検査カード(OCR専用)

事業所CD	X X X X X X	学校名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
学校CD	X X X X X X	学年	X 組 X X	番号 X X X 性別 X XX 検査日 X X 月 X X 日
X 才児	転出	氏名	(XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)	

注1) 学年・組・出席番号・氏名の修正は下記へ記入

修正	年	組	番号	男・女(○囲み)	氏名
----	---	---	----	----------	----

視力検査 (検査員No:)

裸眼	検査なし	回視	SV	D	C	B	A
(右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上
(左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上

検査種類 X X

矯正	両眼	CL CL	D	C	B	A
	(右)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9
(左)	CL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0.3未満	<input type="checkbox"/> 0.3~0.6	<input type="checkbox"/> 0.7~0.9	<input type="checkbox"/> 1.0以上

『表示』
『区分』

注) 「BV」のチェック欄は両眼視力の測定値を用いた場合にのみ記入してください。(矯正視力の場合も同様)

一般社団法人 日本健康倶楽部沖縄支部診療所

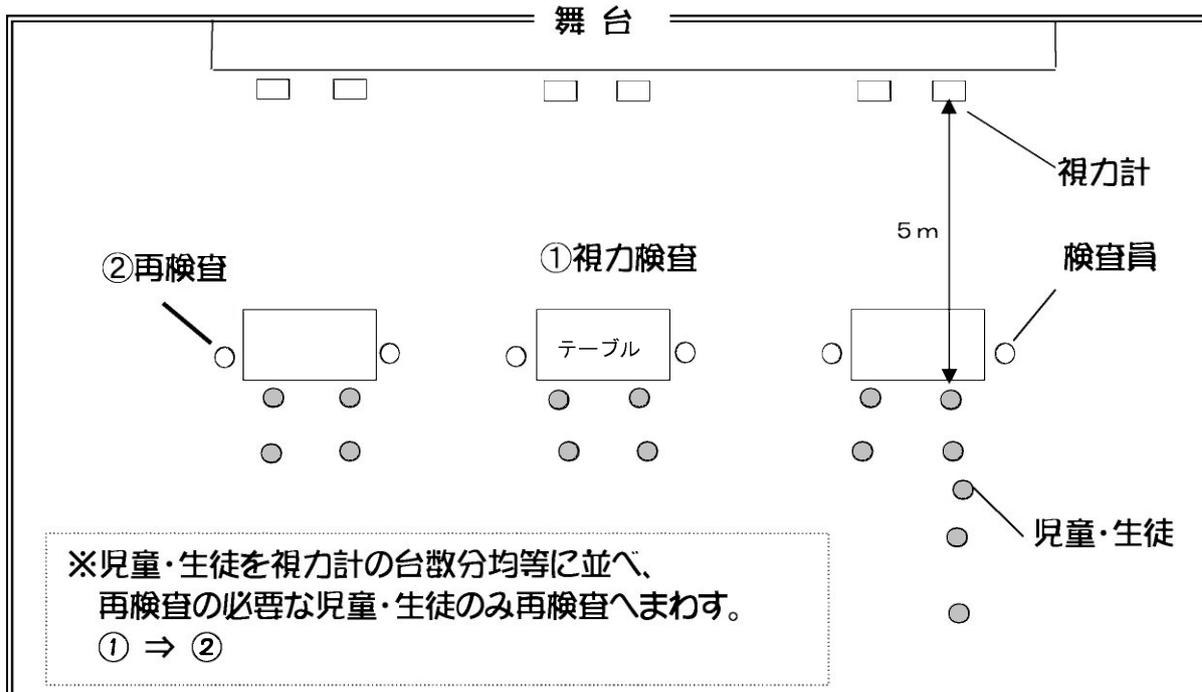
2. 検査現場での児童・生徒の誘導についてのお願い

- ・ 視力『検査カード』を検査直前に本人に渡してください。
- ・ 検査時の児童・生徒の整列の仕方について
誘導していただいたクラス順に各検査員に均等に振り分けて並べてください。
- ・ 検査の終了時間について
在籍数によって、1クラスに要する時間は一定ではありませんが、全クラスの終了時間は開始から3時間後を目安としています。
- ・ 検査実施中の児童・生徒および引率の先生方へのお願いです。
検査中に大声を上げてはしゃいだりすると、検査中の児童・生徒の気が散ったり、検査員の声が聞こえにくくなり検査に支障をきたします。正確かつ迅速な検査を行うためにも、静かに順番を待つよう検査現場での指導をよろしくお願いいたします。

※ コンタクトレンズを使用している児童・生徒は、検査時に検査員に必ず知らせるようご指導ください。

※ コンタクトレンズを使用している生徒は、矯正視力のみでの検査になります。

※ 視力検査レイアウト参考図



聴力検査

1. 聴力『検査カード』について（検査当日にお持ちします）

『検査カード』を配布後、学校名・学年・組・番号・性別・氏名に間違いがないか本人で確認し、修正がある場合は“修正”枠に記入してください。

- ・ 転入生など『検査カード』がない場合は、検査スタッフへ声掛けをお願いします。
予備カードをお渡しします。学校名・学年・組・番号・性別・氏名にもれがないように記入をお願いします。
- ・ 転出者の『検査カード』は、検査当日にその旨を伝え、検査員にご提出ください（転出枠にチェックしてください）。

検査カード **聴**

事業所CD	X	X	X	X	X	X	学校名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					発行日	XXXXXXXXXX											
学校CD	X	X	X	X	X	X	年	X	組	X	X	番号	X	X	X	性別	X	XX	検査日	X	X	月	X	X	日

転出枠

修正枠

このようは「ぜったいに」おりまげたり、よごしたりしないでください。

注1) 学年・組・出席番号・氏名の修正は下記へ記入

修正	年	組	番号	男・女 (○囲み)	氏名
----	---	---	----	-----------	----

受診状況	<input type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 再検査	<input type="checkbox"/> 検査困難	<input type="checkbox"/> 検査なし <small>(補聴器使用含む)</small>
------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---

再検査 (検査員No:)

（右）		（左）	
1000Hz 30db	4000Hz 25db	1000Hz 30db	4000Hz 25db
() db	() db	() db	() db
<input type="checkbox"/> 所見あり	<input type="checkbox"/> 所見あり	<input type="checkbox"/> 所見あり	<input type="checkbox"/> 所見あり

※注意事項

① マーク位置を汚さないでください

② 間違えたマークはキレイに消してください

申し送り

通院歴	有・無
補聴器	右・左

検査種類 X X

2. 検査現場での児童・生徒の誘導についてのお願い

- ・ 聴力『検査カード』を検査直前に本人に渡してください。
- ・ 検査時の児童・生徒の整列の仕方について
誘導していただいたクラス順に各検査員に均等に振り分けて並べてください。
- ・ 検査をより正確にスムーズに行うためにも、静かに自分の順番を待つようご指導をお願いいたします。

3. 検査方法について

- ・ オージオメータ（聴力計）による気導聴力検査を行います。
- ・ 低学年には、検査の受け方を分かりやすく説明いたします。
- ・ 出来るだけクラス間の空き時間がないよう、誘導のご協力をお願いいたします。

4. 検査場所について

- ・ 検査を実施する部屋は、視聴覚室やスタジオなどの遮音効果の高い部屋を用意いただけるとより良い検査ができます。それが無理な場合は、極力静かな部屋の確保をお願いいたします。

5. 事前準備について

- ◎ 前日は耳掃除を行うようご指導ください。
- ◎ 子供たちの健康状態（補聴器使用や通院の有無など）に関する情報は、当日、検査員にお知らせください。
※補聴器使用時の、スクリーニング検査は出来かねます。
- ◎ 髪の毛の長い生徒は、ヘッドホンをかけるのに支障がないように事前に髪の毛を後ろに結んでくださると、スムーズに検査できます。

※ 近年、しらみ感染が増えています。事前に分かる場合は検査員にお知らせください。

心 臓 検 診

※ 心臓検診の詳細に関しましては、沖縄県教育委員会より平成18年度に配布された『県立学校児童・生徒心臓検診実施要項』を参照してください。

1. 心臓病調査表

この調査表は、心電図とともに心疾患の抽出手段として重要な役割を担っていると同時に、心疾患に対する関心を高める効果を併せ持っています。児童・生徒や保護者、および担任教師の方々へのご協力・呼びかけをよろしくお願いいたします。

注1) 『心臓病調査表』は、心電図判定の参考にさせていただくものです。検査当日に、クラス別にまとめて必ずご提出ください。

調査表が提出されていない場合は心電図波形のみでの判定になります。後日、提出していただく必要はありません。

注2) お預かりした調査表は、検査結果と一緒にお返しいたします。

2. 心電図検査方法

- ・ 検査待機の際に“密”とならないように対応させていただいています。そのため、検査について事前の簡易説明を先生へご協力いただく場合もあります。その際には、宜しく申し上げます。
- ・ 男女ともに体育着を着用させてください。(ジャージは検査待機時に脱げるように)
(注) 体にフィットするアンダーシャツは検査に支障をきたしますので、避けてください。
また、女子はブラジャーを着用しないようご協力をお願いいたします。
- ・ 靴下と時計は前もって取っておくようにご指導ください。
- ・ 心電計に“男・女”の入力をしています。スムーズに検査がおこなえるよう、男女別に並べてください。

※ ご協力をお願い (中学生の場合)

同部屋で男子・女子の検査を実施することがあります。この場合、クラス入れ替え時に、下記のような流れにするとスムーズに検査できます。

《例》

<1組> : 男子⇒女子 <2組> : 女子⇒男子 <3組> : 男子⇒女子

※ モレ検査を当社にて受診なさる場合は、日本健康倶楽部『案内図 (26 ページ)』をコピーして受診者への案内用にご活用ください。

児童・生徒及び職員の健康診断検査結果の お電話によるお問い合わせについて

(一社) 日本健康倶楽部 沖縄支部

支部長 瀬底 健

拝啓 春光天地に満ちて快い時候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

当機関の業務に関して、ご理解と格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、毎年4月より新学期が始まりますが、この時期、学校現場はかなり繁忙な状況であることは想像に難くありません。そういう状況下、同時に学校保健安全法に基づき児童・生徒及び職員等の健康診断が実施されております。

ところで、係る健康診断の実施直後に学校行事等の都合で検査結果が急迫必要であるということで、健康管理担当者よりお電話でお問い合わせがあるようです。しかし、その際に電話の対象者が当該健康管理担当者であるかどうかのご確認ができていません。結果、万が一にも漏洩という問題が発生した場合、学校側にもご迷惑をおかけする可能性があります。

従って、その様な状況で検査結果をご報告申し上げますことは個人情報保護の観点からこれに対応いたしかねることになります。

よって、別紙様式(定型:次ページ参照)によりFAXでのお問い合わせをいただくこととします。なお、ご送信いただいたFAXを即刻に確認の上、お問い合わせに対し改めて電話にて仮のご報告を申し上げますことといたします。

当機関においては、個人情報保護に関し危険な状況を排除すべく尽力して参りたいと考えておりますが、その意をご理解いただきご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

至急を要する検査結果等のお問合せ



送付先：(社)日本健康倶楽部 沖縄支部
Tel：098 (939) 4026
Fax：098 (939) 9388

お問合せ日： / /

発信元：

発信元担当者名：

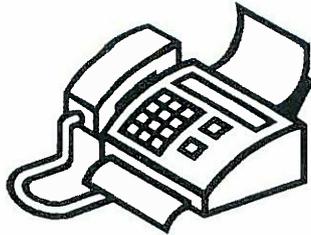
問合せ理由を選択してください（四角 にレ点でチェックして下さい）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> プール開始に伴う問合せ（蟻虫） | <input type="checkbox"/> 主治医・かかりつけ医への提出（検尿） |
| <input type="checkbox"/> 校外学習の為（青少年の船 乗船） | <input type="checkbox"/> 衛生環境を特に必要とする建物への入室
（調理場、医療施設など） |
| <input type="checkbox"/> 調理場などの配置に伴う問合わせ（検便） | |

問合せる具体的な内容

☆ 名簿変更・修正 依頼書 ☆

お問合せ日 / /



学校名：

発信元担当者名：

送付先：(一社)日本健康倶楽部 沖縄支部

Tel : 098 (939) 4026

Fax : 098 (939) 9388

※□に当てはまる箇所を選択し名簿を添付下さい。(緊急対応致します)

クラス編成

名簿の差し替え・追加

◎その他の変更 (検査途中変更不可 ご了承下さい)

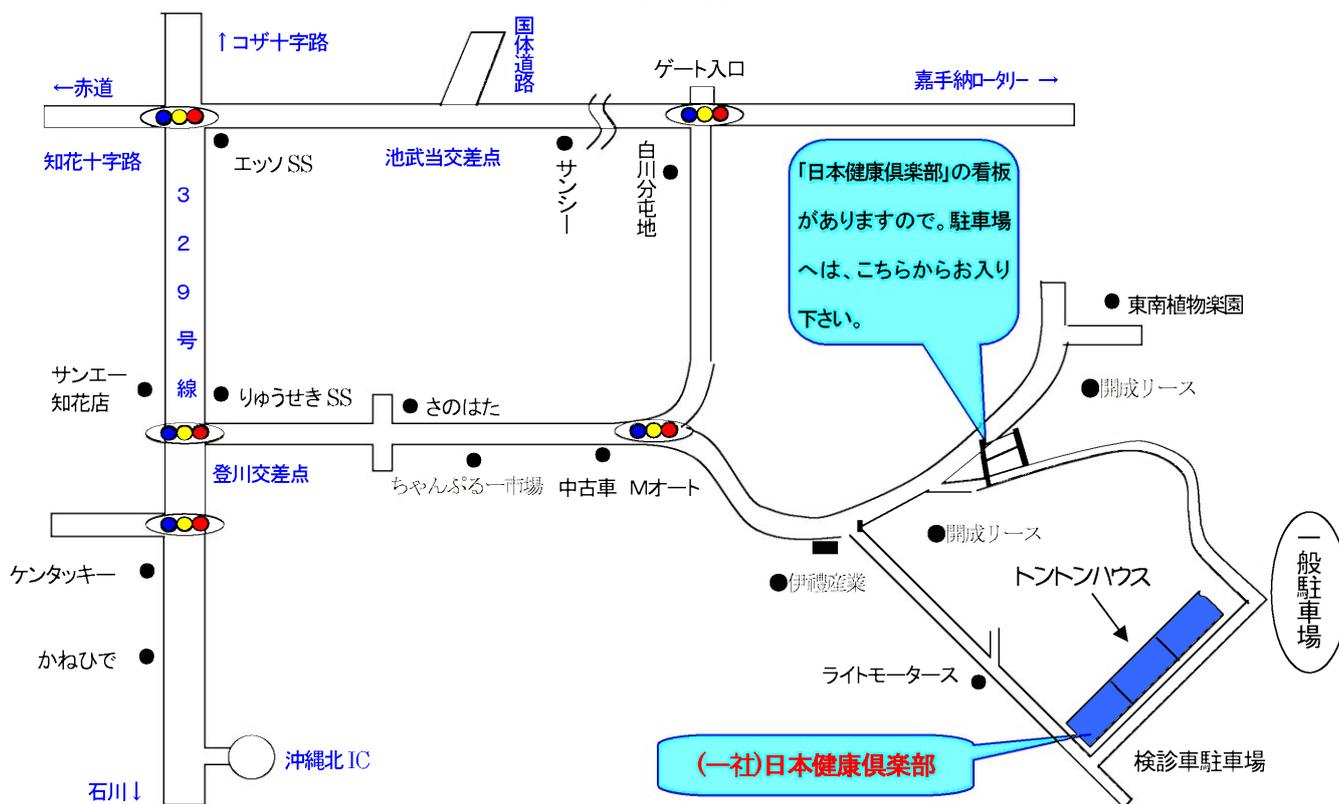
変更前	変更後	出席番号
		番号：追加・挿入・削除 (繰上げ・繰下げ・欠番)

※名簿変更についての協力とお願いについて

回収した名簿もとに検査シールを作成します。名簿提出後の出席番号変更や性別、漢字等の変更については検査シールと同封の「個人マスタリスト」を修正し回収担当者にお渡し下さい。最終報告の際は修正した個人結果票、記録名簿でご報告致します。

※検査シールが届いた後のクラス編成については至急ご連絡下さい

案内図



◆ 健診日及び受付時間 ◆

健診日: 月 日(曜日)

受付時間: : ~ : (時間厳守)

※ 遅れることがあれば 下記の電話番号にご連絡ください。

一社) 日本健康倶楽部沖縄支部

〒904-2142 沖縄市登川3169番地

TEL : 939 - 4026

FAX : 939 - 9388

【資料】

陽性結果通知書票及び受診結果通知書の見本

《ご注意》

各帳票類は、ご参考（見本）のために添付しております。
コピーのご利用はお控えください。
ご協力をよろしくお願いいたします。

* 検査結果のお知らせ【個人結果票】 *

見本

表

検査項目について

※ 学校保健安全法においては、検査項目について学校保健施行各態、関連法規で下記の通り定められています

◎は、対象となる検査が必須とされるものです。
△は、検査項目から除くことができるものです。

検査項目	小学校					中学校					高等学校				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
尿検査	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
視力検査	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
聴力検査	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
虫歯検査	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
胸部レントゲン											◎				

◎：異常なし 〇：所見あり △：除去でし
注：△は、尿検査、聴力検査、虫歯検査、胸部レントゲン

検査結果のお知らせ

健康小学校 99995 201
氏名：けんこう みほん 様
1 学年 1 組 1 番

※ 氏名が印字できない場合は、番号除(又はカタカナ)での表示になります
※ ご本人・保護者様以外の方の開封はご遠慮ください

重要

一般社団法人 日本健康倶楽部
〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
Tel: 03-5521-4020 Fax: 03-5521-3333
お問い合わせ: 03-5521-3333

受診結果

99995 201 健康小学校 男子
1 学年 1 組 1 番 けんこう みほん 様 6才

検査日: 2018/09/01

項目	検査結果	判定	コメント
尿検査	(-) (-) (-)	異常なし	
蛔虫検査	(+)		家庭の中にも虫を持った人がいるかも知れませんが、虫卵を食べてください。
視力検査	距離(右) B 距離(左) C	判定	視力検査 A B C D 区分 A (1.0 以上) B (0.9 ~ 0.7) C (0.6 ~ 0.3) D (0.3 未満)
聴力検査	所見の有無 500Hz(右) 正 所見の有無 400Hz(左) 有 所見の有無 1000Hz(右) 正 所見の有無 4000Hz(左) 有	判定	なるべく早めに専門医の診察を受けるようにしましょう。
心電図検査	判定 正常	胸部レントゲン	判定

検査日: 2018/09/01

この結果は大切に保管しましょう

一般社団法人 日本健康倶楽部
※「検」など、記録の意味が異なる場合があります

* 視力検査【受診結果通知書】 *

見本

表

医師機関名 健康小学校
 医師名 健康 めぐみ 様
 検定日 平成 年 月 日

医師機関等（ご記入欄）

見本

受診結果通知書

〒00005 201 中津市

健康小学校

氏名: 健康 めぐみ 様

6 学年 1 組
13 番

視力検査

保護者の皆様へ:
 本校は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容を
 ご確認ください


一般社団法人 日本健康倶楽部
伊勢支店 伊勢市
伊勢駅前中津南3160番地
TEL: 0593-62821 40221 FAX: 0593-62821 32821

受診結果

健康小学校 校長 (公印省略)

【受診結果通知書】

検査項目名	視力検査				
学校名	健康小学校				
学年・組・番号	6 学年	1 組	13 番	年齢	11 才
氏名	健康 めぐみ	様	性別	女子	

検査日: 2016/03/01 ※参照給(当社での検査結果です。)

裸眼	右眼	左眼	視力検査 A B C D 区分
	C	D	
矯正	右眼	左眼	
	(A)	(A)	

【受診のお勧め(紹介状)】

検査の結果、補正検査を要すると思われるので、ご検査の程よろしくお願ひ申し上げます。
 尚、ご多忙のところ大変お手数ですが、ご検査の結果を生徒を通じて学校へお知らせいただければ幸いです。
 医師機関等（ご記入欄）

※医療機関名、医師名、検定日の記入欄は黄色に塗りつぶす。

検査結果		裸眼視力	矯正視力
診 断	右眼	1. 近視 2. 遠視 3. 近視性乱視	
	左眼	4. 遠視性乱視 5. 乱視性乱視 6. その他 ()	
注	右眼	1. 近視 2. 遠視 3. 近視性乱視	
	左眼	4. 遠視性乱視 5. 乱視性乱視 6. その他 ()	

(詳細参照) 下欄・年・組・番・姓・姓・姓

保護者ご記入欄 眼鏡等の購入・更新について

1. 今回購入・更新した	2. 購入・更新予定	3. 今回予定はない
--------------	------------	------------

* 聴力検査【受診結果通知書】 *

見本

表

医療機関名

医師名

医療機関等 ご記入欄

保護者様

本日は、学校検診にて行われた聴力検査の結果と所見のあった児童・生徒へ発行されたものです。内容を確認し、かかっている医療機関などで検査を受けることをご検討をお願いします。このほか、前面の記入欄に受診後の結果をご記入して頂いた上で送附するお申し込み書も提出してくださいませよう、お願い致します。



聴力検査

保護者の皆様へ：
本状は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容をご確認ください。

一般社団法人
日本健康倶楽部
健康生活部

〒100-0001 東京都千代田区千代田3-1-69 都庁
Tel: 03-5267-4321 Fax: 03-5267-5183

受診結果

保護者様 健康小学校 校長
(公田省略)

【受診結果通知書】

検査項目名	聴力検査			
学校名	健康小学校			
学年・組・番別	1学年	1組	1番	年齢 6才
お名前	すこやか	ゆね	様	性別 女子

検査日：2005/03/01 ※参照簿(当社での検査結果です)

右	所見の有無 <small>所見なし：「無」 所見あり：「有」</small>	
	1000Hz (30dB)	4000Hz (25dB)
	有	有
左	所見の有無 <small>所見なし：「無」 所見あり：「有」</small>	
	1000Hz (30dB)	4000Hz (25dB)
	有	有

【受診のお勧め(紹介状)】

検査の結果、精密検査を要すると思われるので、ご精密の程よろしくお問い合わせ下さい。
尚、ご多忙のところ大変お手数ですが、ご精密の結果を生涯通じ学校へお知らせいただければ幸いです。
医療機関等 ご記入欄 ※医療機関名・医師名の記入欄は裏面にあります。

検査結果	1000Hz	4000Hz
右	db	db
左	db	db
備考	1.異常なし 2.経過観察(ヶ月後) 3.検査内容(内容：)	
診断名	上記の通り判定する	
検査日	平成 年 月 日	

* 蟻虫検査【陽性結果通知票】*

見本

表

保護者の皆様へ

本状は大切なお知らせですので早目に開封し、必ず内容をご確認ください。

受診結果

保護者 様 健康小学校 校長
(公印省略)

【陽性結果通知票】

検査項目名	蟻虫検査				
学校名	健康小学校				
学年・組・番	1学年	1組	1番	年齢	6才
お名前	けんこう	みほん	様	性別	男子

※ 氏名が印字できない場合は、新字体(又はカタカナ)での表記になります

※参照値(当社での検査結果です。)

検査結果	初回検査	再検査	判定結果
	2018/09/01		要補検 家族の中にも虫を持った人がいるかも知れませんが、小児科を受診してください。
	(+)		

【陽性結果通知書】

検査の結果、蟻虫を患っていると判断されますので、早めの駆虫をおすすめします。
尚、入室の手続きですが、駆虫後の結果を下表に記入して頂き、生徒を通じ学校へお知らせいただけましたら幸いです。

保護者 記入欄	駆虫報告
※ 以下のとおり駆虫した事を報告いたします。	
	【1回目】 年 月 日 にお薬を飲みました。
	【2回目】 年 月 日 にお薬を飲みました。
● 備考	保護者名 印

【 受診結果通知書 】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
判定	要精検	所見	心室性機外収縮

(一社) 日本健康倶楽部沖縄支部診療所
医師 宮里 明子

作成日: 2021年01月29日

----- キリトリ線 -----

担当医 殿

学校名: 健康小学校 校長
(公印省略)

【 受診のお勧め (紹介状) 】

検査の結果、精密検査を要すると思われますので、ご精査の程よろしくお願ひ申し上げます。
尚、ご多忙のところ大変お手数ですが、ご精査の結果を生徒を通じ学校長宛てと同封の「返事用紙」
により (一社) 日本健康倶楽部宛(8月末日必着)までお知らせいただければ幸いに存じます。

【学校用控】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
<< 判定 >> 1. 異常なし 2. 要生活注意 3. 要経過観察 4. 要治療			
【診断名】	左記の通り判定する。 年 月 日		
【所見】	医療機関名		
	医師名		

----- キリトリ線 -----

【 受診結果通知書 】

【日本健康倶楽部返書用】

検査項目名	心臓病検診		
学校名	健康小学校		
学年/組/番号	1年 1組 1番	年齢	6歳
氏名	けんこう たろう	性別	男
<< 判定 >> 1. 異常なし 2. 要生活注意 3. 要経過観察 4. 要治療			
【診断名】	左記の通り判定する。 年 月 日		
【所見】	医療機関名		
	医師名		

診察医 殿

追跡調査票

見本

この追跡調査票は、学校から沖縄県学校検診委員会に送られ、全県下の三次検診（医療機関）の受診状況等を把握し、学校現場へフィードバックのため用いられます。お手数ですが、診察後下記の項目に記入していただき、本人・もしくは保護者を通して学校に提出して下さいますようお願い致します。

（沖縄県学校検診委員会）

※「学校生活管理指導表」のご記入をお願いします。

学校名	健康小学校	市町村名：沖縄市
氏名	けんこう だいじ	2年 1組 1番（男）

【診断結果】

I 診断名（下記診断名に○印をご記入ください。1～5までの暫定診断については学校検尿の手引きを御参照下さい）

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1 異常なし | 11 家族性良性血尿 |
| 2 無症候性血尿 | 12 遺伝性腎炎 |
| 3 体位性蛋白尿 | 13 尿路感染症 |
| 4 無症候性蛋白尿 | 14 腎不全 |
| 5 無症候性血尿蛋白尿 | 15 インスリン依存型糖尿病(1型) |
| 6 急性腎炎症候群 | 16 インスリン非依存型糖尿病(2型) |
| 7 慢性腎炎症候群 | 17 糖尿病境界型 |
| 8 ネフローゼ症候群 | 18 腎性糖尿 |
| 9 紫斑病性腎炎 | 19 その他() |
| 10 ループス腎炎 | |

II 既往歴

- a 今回初めて診断された b 以前(才時)に診断された

III 医療上の処置

- 1 管理不要
2 経過観察
3 要精査
4 要治療（ a 通院治療 b 入院 ）
5 他医療機関へ紹介

受診日 年 月 日

医療機関名

担当医氏名

【一次・二次検査結果】

検査機関名：(一社)日本健康倶楽部 沖縄支部

検査日： 05/03/08

尿検査	一次	二次	備考
検査項目	蛋白	(-)	緊急(1次)
	潜血	(-)	
	糖	(+)	